Solicitud de Asistencia

Seguro de Salud del Estado

Cuidado Infantil

Cupones de Alimentos

Asistencia Telefónica

Cuidado en un Hogar de Ancianos

Asistencia Monetaria

Proveemos servicios
de intérprete sin costo alguno.

IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Para obtener ayuda con la solicitud, comuníquese con esta oficina local:

o

211 Idaho CareLine
dial 2-1-1 or
1-800-926-2588
TDD 208-332-7205

Fecha de la Cita: _____
Hora de la Cita: _____

Instrucciones

Para solicitar beneficios haga lo siguiente:

1. Complete la Solicitud
Complete las tres páginas de la solicitud. Por favor sea preciso. Si está solicitando por otra persona, conteste las preguntas como si fuera esa persona.

2. Entregue la Solicitud
Cuando complete la solicitud, envíela por correo o tráigala a la oficina de Salud y Bienestar más cercana. La fecha en que comienzan los beneficios está basada en la fecha en que la oficina recibe la solicitud, así que no se tarde. Si solamente solicita Cupones de Alimentos, usted puede iniciar su solicitud con sólo su nombre, dirección y su firma en la página uno.

3. Provea los Comprobantes Necesarios
Observe el diagrama siguiente para ver qué comprobantes requieren los programas de los que está solicitando ayuda. Incluyendo copias de los comprobantes necesarios ayudará a procesar su solicitud más rápido.

4. Tal vez Se Requiera una Entrevista
No se requiere una entrevista para el seguro médico ni el cuidado infantil. Para los Cupones de Alimentos, la asistencia monetaria y otros programas tal vez se requiera una entrevista antes de tomar una decisión sobre sus beneficios. Por favor llame a su oficina local si no puede ir a la entrevista durante nuestras horas de trabajo normales.

¿Tengo que Ser Ciudadano?
No. Por favor, no deje que el miedo al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) le impida recibir los beneficios que necesita para su familia. Recibir seguro médico, Cupones de Alimentos y ayuda con el cuidado infantil para sus hijos elegibles no le impedirá obtener su residencia permanente legal ni su ciudadanía estadounidense, ni de patrocinar a familiares, si los puede mantener.

No Se Tarde
Si sólo está solicitando Cupones de Alimentos para comenzar el proceso de inmediato lo único que necesita darnos son su nombre, dirección y firma.

Igual Oportunidad
Esta solicitud será considerada sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional, ni creencia política.

¿Tiene Preguntas?
Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud, llame a su oficina local de Salud y Bienestar o al 1-800-926-2588. Esta solicitud también está disponible en la Internet en www2.state.id.us/dhw y en www.idahochild.org.

Todas las personas que solicitan la Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI) se les pedirá que participen en una evaluación sobre el abuso de sustancias.

Comprobantes Necesarios Según el Programa

Además de su solicitud, por favor provea los comprobantes necesarios para los programas que está solicitando.

	SEGURO MÉDICO para familias y niños	CUIDADO INFANTIL**	CUPONES DE ALIMENTOS***	ASISTENCIA MONETARIA	SEGURO MÉDICO para ancianos y discapacitados
Comprobante de que ha solicitado un Número de Seguro Social (si todavía no tiene uno)	✓		✓	✓	✓
Tarjeta de residente (si no es ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia	✓		✓	✓	✓
Comprobante de cualquier otro seguro de salud	✓				✓
Comprobante de ingresos* o cualquier otra fuente de dinero del hogar		✓	✓	✓	✓
Los estados de cuenta más recientes de cualquier cuenta bancaria (de cheques, cooperativa de crédito, de ahorros, etc.)			✓	✓	✓
El valor del carro/camioneta u otros vehículos como las motocicletas, botes, RVs			✓	✓	✓
Comprobante del valor actual de acciones, bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos			✓	✓	✓
Comprobante de identificación			✓		
Comprobante de gastos para el cuidado de los niños (si aplica)		✓	✓	✓	
Registros de vacunas para los niños que aún no están en la escuela (si aplica)		✓		✓	

* Por ejemplo, los talones de cheques de los últimos 30 días si trabaja, o copia de la declaración federal de impuestos si tiene su propio negocio.
** La cantidad para el cuidado de niños puede aumentar si provee comprobante de pagos hechos para el sostenimiento de los niños que no viven con usted.
*** La cantidad para los Cupones de Alimentos también puede aumentar si provee comprobante de estos gastos: los gastos para el cuidado de niños, pagos para el sostenimiento de los niños que no viven con usted; gastos de vivienda; gastos por servicios públicos; gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidades o que son mayores de 60 años de edad.

Caso #: _____ ☐Recibida por Correo

Asignado a: _____ Fecha de Recibo: _____

Solicitud de Asistencia

AVISO IMPORTANTE: Si necesita cualquiera de la siguiente ayuda, por favor pregunte. Estos servicios son gratis:

- Intérprete: nosotros proveemos los servicios de un intérprete gratis.
  Llame a Idaho CareLine, 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 ó al TDD 208-332-7205;
- Ayuda llenando este formulario;
- El formulario en otro formato (Braille, letras grandes, lector para el ciego); o
- Acomodación a causa de una discapacidad.

Su Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Nombres Anteriores, si los hay

Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Número de Teléfono en el Día	Si no tiene, ¿cúando nos comunicamos con usted? Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico

Me gustaría recibir:

☐Seguro de Salud del Estado ☐Cupones de Alimentos ☐Cuidado de Niños ☐Asistencia Telefónica
☐Cuidado en Hogar de Ancianos/En Casa: _____ (Nombre del Centro) ☐Asistencia Monetaria
☐Otros Servicios _____

Ignore esta sección a menos que solicita Cupones de Alimentos.

¿Alguien en su hogar es trabajador agrícola migrante o temporal? ☐Sí ☐No
¿Tiene menos de $150 en ingresos este mes? ☐Sí ☐No
¿Son sus fuentes de dinero (dinero en efectivo, cuenta de cheques, de ahorros) menos de $100? ☐Sí ☐No

Si necesita Cupones de Alimentos de inmediato, sus beneficios pueden comenzar dentro de siete días.

Para asegurarse de que usted recibe toda la ayuda para la cual califica, responda a las siguientes preguntas marcando sí o no y nombrando a quien corresponda: ¿Quién?

¿Hay alguien en su hogar que tiene alguna discapacidad? ☐Sí ☐No _____
¿Hay alguien en su hogar que está solicitando o recibiendo el Seguro Social? ☐Sí ☐No _____
¿Hay algún niño en su hogar cuyo padre o madre no vive con el niño?* ☐Sí ☐No _____
¿Hubo alguien que fue condenado por un delito grave sobre drogas? ☐Sí ☐No _____
Si respondió que sí, ¿quién y en qué año fue condenado? _____

(Si la respuesta es sí, le pediremos que dé información sobre ese padre a los Servicios para el Sostenimiento de Niños. Usted debe proveer esta información para recibir la mayoría de beneficios, a menos que tenga miedo de que le lastimen a usted o a sus hijos.* ***Sin embargo, no tiene que proveer esta información si solamente solicita seguro médico para su hijo.**)*

REPRESENTANTE PERSONAL/AUTORIZADO: Usted puede autorizar a otra persona para que solicite beneficios por usted y que use sus Cupones de Alimentos para comprar alimentos para usted. Si desea autorizar a alguien, escriba su nombre, teléfono y dirección abajo:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

NOTA: Si su representante autorizado nos da información incorrecta la cual causa que usted reciba beneficios a los que no tiene derecho, usted tendrá que reembolsar los beneficios extra.

Source Code

Por favor, escriba el nombre de cada persona que vive en su hogar. Complete la información de este lado de la línea para cada persona. Incluya a bebés que están por nacer y la fecha de parto.

Responda a las preguntas en este lado para las personas solicitando beneficios. La información sobre el Seguro Social o sobre inmigración es privada y será usada sólo para tomar decisiones de elegibilidad.

NOMBRE (Primero, Segundo, Apellido)	**PARENTESCO** (Cónyuge, hijo, hijastro)	**FECHA DE NACIMIENTO**	**SEXO**	**¿EMBARAZADA?** (✓ si sí)	**¿OTRO SEGURO DE SALUD?** (✓ si sí)	**¿QUÉ SOLICITA?** (✓ marque todas las que aplican)	**POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION ADECUADA**
	Usted		☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____
			☐M ☐F			☐Seguro Médico ☐Cupones de A. ☐Otro	# de Seguro Social _____ Ciudadano de U.S.A.: ☐Sí ☐No # de Tarjeta de Residente_____

Ingresos del Hogar: Anote todo dinero recibido o que espera recibir este mes. Incluya salarios, negocio propio, trabajos temporales, beneficios de desempleo, pagos pordiscapacidad, Seguro Social, préstamos, regalos y dinero que los niños recibieron, etc. Incluya ayuda con una adopción o pagos por cuidado temporal que recibió para un niño en su hogar. Nosotros necesitamos sus ingresos **BRUTOS** (ingresos antes de las deducciones) y sus ingresos **NETOS** (la cantidad que lleva a casa).

Nombre de la Persona con el Ingreso	**Fuente** (Si es salario, anote el nombre del empleador)	**Qué Tipo de Ingreso** (Salario, Desempleo, etc.)	**Cantidad Bruta** (Antes de Impuestos)	**Cantidad Neta** (Después de Impuestos)	**Cada Cuánto Pagan** (por semana, por mes, etc)	**Cuánto por hora**	**Horas Trabajadas a la Semana**

Hay alguien en la casa que ha vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedad, u otros bienes - cosas que le pertenecen - en los pasados 36 meses?

Quién	**Fecha**	**Qué Bienes**

Información Sobre Origen Étnico y Raza

El completar esta sección de la Solicitud para Asistencia (AFA) es voluntaria. Su selección de raza y origen étnico no afectará su elegibilidad para recibir beneficios o la cantidad de sus beneficios. Esta información se colecta para asegurar que los beneficios están siendo distribuidos sin tomar en cuenta raza, color, o nacionalidad. Para los propósitos de esta sección, "Hispano o Latino" se considera un origen étnico y no una raza. **Por favor conteste las dos preguntas sobre origen étnico y raza para cada persona.**

Nombre (Primer, Segundo, Apellido)	Raza (4 opción que mejor describa a cada persona)	Raza (una o más opciones que mejor describan a cada persona)	Definiciones de Raza y Origen Étnico
	☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	**Definición de Origen Étnico Hispano o Latino:** Una persona cubana, mejicana, puertorriqueña, de centro o suramericana o con otro origen o cultura hispana sin importar la raza. **Definiciones de Raza** **Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de norte y suramérica (incluyendo centroamérica) y quien mantiene afiliación tribal o lazos a la comunidad. **Asiático:** Una persona con orígenes en cualquiera de las gentes originales del lejano este, sureste de Asia, o el sub-continente de India incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. **Negro o Afro-americano:** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África **Nativo de Hawai o las Islas Pacíficas:** Una persona con orígenes en cualquiera de las gentes originales de Hawai, Guam, Samoa, u otra isla del Pacífico. **Blanco:** Una persona con orígenes en cualquiera de las gentes originales de Europa, el Medio Este o el norte de África.
	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	
	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	
	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	
	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	
	☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afro-americano ☐ Nativo de Hawai o Islas Pacíficas ☐ Blanco	

Por favor díganos la siguiente información:

1. ¿Hay alguien que solicita seguro médico y necesita ayuda pagando cobros médicos de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No
   ¿quién? _____. Indique todo ingreso o dinero recibido por su familia en los últimos tres meses.

El Mes Pasado	Hace Dos Meses	Hace Tres Meses

2. A partir de hoy, ¿cuánto tiene su hogar/familia (incluyendo a los niños) en:

En Efectivo	Cuenta de Cheques	Ahorros	Otras Cuentas/Fideicomisos

3. Indique el año, la marca, el modelo y el valor de cada carro, camioneta o motocicleta que poseen. Hay más espacio al reverso.

Año/Marca/Modelo/Valor/Cantidad que Debe	Año/Marca/Modelo/Valor/Cantidad que Debe

4. ¿Cuál es el **valor total** de otras pertenencias, como terreno, tráileres, botes, vehículos recreativos, etc.? (**No incluya la casa donde vive.**) $ _____

5. Indique la cantidad mensual que le paga a alguien que no vive en su hogar por dependientes o por el **cuidado de niños**. $ _____

6. Indique la cantidad mensual que le paga a alguien que no vive en el hogar para el **sostenimiento de los niños**. $ _____

☞

Ignore las preguntas 7, 8 y 9, a menos que solicita Cupones de Alimentos. Indique la cantidad total mensual de los siguientes gastos que alguien en su hogar paga o debe. La cantidad de los Cupones de Alimentos puede aumentar si provee comprobantes de estos gastos.

7. **Gastos de Vivienda** (hipoteca/renta, seguro de vivienda, impuestos, riego, renta de espacio, etc.) $ _____

8. **Gastos por Servicios Públicos** (no incluya cantidades atrasadas) $ _____

9. **Gastos Médicos** (incluya Medicare y/o primas de seguro de salud, de doctor, dentales, recetas, lentes, gastos de hospital, etc.) $ _____

Yo entiendo que . . .

- **Proveer información falsa a propósito o retener información puede resultar en una acción criminal, civil o administrativa (incluyendo la negación de beneficios o el reembolso requerido de beneficios).**
- **Mi firma (o la firma de mi representante) autoriza a los oficiales estatales o federales de que obtengan y usen información computarizada y otra información sobre mi para determinar si soy elegible para recibir beneficios.**
- **Yo puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con las decisiones hechas con respecto a esta solicitud y tengo 30 días (90 días para los Cupones de Alimentos) para hacerlo.**
- **Yo debo entregarle al Departamento de Salud y Bienestar cualquier reembolso médico que reciba mientras estoy registrado en el seguro de salud del Estado.**
- **Al solicitar beneficios — además de los beneficios médicos para su hijo — se debe abrir un caso para el sostenimiento de los niños, cuando aplica.**
- **Mi firma abajo certifica que mi estado de ciudadano/inmigración marcado en la página 2 es correcto para cada persona que solicita beneficios.**

Yo, _____, juro que la información en esta forma es verdadera y correcta.

_____

Firma del Solicitante o del Representante Autorizado **Fecha**